



**CERTIFICADO COMPLEMENTARIO II  
DE LAS ENTIDADES DEL TERCER SECTOR DE ACCIÓN SOCIAL  
A EFECTOS DE SOLICITUD DEL INGRESO MÍNIMO VITAL**

**RELACIÓN DE OTRAS PERSONAS EMPADRONADAS EN EL DOMICILIO SIN PERTENENCIA  
A LA UNIDAD DE CONVIVENCIA DEL SOLICITANTE DEL INGRESO MÍNIMO VITAL**

(\*) Los campos marcados con \* son obligatorios

*Entidad social mediadora del Ingreso Mínimo Vital	*Número de registro de entidad
*Trabajador/a Social colegiado	*Número colegiado
*Apellidos y nombre de la persona solicitante	*DNI - NIE - Pasaporte de la persona solicitante

**1. PERSONA EMPADRONADA** ..... (A numerar por el trabajador social)

Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
Convivencia con la persona solicitante desde ..... hasta .....		Parentesco con alguna de las personas empadronadas    SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Convivencia con resto de convivientes desde ..... hasta .....			
Residencia legal desde ..... hasta .....		Grado .....	
Percibe renta mínima de inserción    SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

**2. PERSONA EMPADRONADA** ..... (A numerar por el trabajador social)

Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
Convivencia con la persona solicitante desde ..... hasta .....		Parentesco con alguna de las personas empadronadas    SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Convivencia con resto de convivientes desde ..... hasta .....			
Residencia legal desde ..... hasta .....		Grado .....	
Percibe renta mínima de inserción    SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

**3. PERSONA EMPADRONADA** ..... (A numerar por el trabajador social)

Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
Convivencia con la persona solicitante desde ..... hasta .....		Parentesco con alguna de las personas empadronadas    SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Convivencia con resto de convivientes desde ..... hasta .....			
Residencia legal desde ..... hasta .....		Grado .....	
Percibe renta mínima de inserción    SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

4. PERSONA EMPADRONADA ..... (A numerar por el trabajador social)

Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
Convivencia con la persona solicitante desde ..... hasta .....		Parentesco con alguna de las personas empadronadas      SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  Grado .....	
Convivencia con resto de convivientes desde ..... hasta .....			
Residencia legal desde ..... hasta .....			
Percibe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

5. PERSONA EMPADRONADA ..... (A numerar por el trabajador social)

Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
Convivencia con la persona solicitante desde ..... hasta .....		Parentesco con alguna de las personas empadronadas      SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  Grado .....	
Convivencia con resto de convivientes desde ..... hasta .....			
Residencia legal desde ..... hasta .....			
Percibe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

6. PERSONA EMPADRONADA ..... (A numerar por el trabajador social)

Nombre y apellidos			
DNI - NIE - pasaporte	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
Convivencia con la persona solicitante desde ..... hasta .....		Parentesco con alguna de las personas empadronadas      SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  Grado .....	
Convivencia con resto de convivientes desde ..... hasta .....			
Residencia legal desde ..... hasta .....			
Percibe renta mínima de inserción		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

7. SITUACIÓN FAMILIAR Y RELACIONES DE ESTAS OTRAS PERSONAS CON LA UNIDAD DE CONVIVENCIA O PERSONA SOLICITANTE DEL IMV (existencia de familiares en las diferentes UC, situación y relaciones entre sí, permanencia y estancia en el domicilio o lugar donde habitan todas las personas o UC)

Le informamos que los datos personales serán tratados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) con el fin de gestionar la prestación del ingreso mínimo vital, y serán incorporados en la actividad de tratamiento “INGRESO MÍNIMO VITAL”. Puede ejercer los derechos establecidos en los artículos 15 a 22 del Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, ante cualquier oficina del INSS o en la dirección de correo electrónico: [consultas.inss-sscc.proteccion-de-datos@seg-social.es](mailto:consultas.inss-sscc.proteccion-de-datos@seg-social.es). Para más información consulte la política de protección de datos en la web: [www.seg-social.es](http://www.seg-social.es). Los datos personales tienen carácter reservado y solo se utilizarán para los fines encomendados, sin que puedan ser cedidos ni comunicados a terceros, salvo autorización legal.